Aus der Kinderklinik der Universität Erlangen
Direktor: Geheimrat Professor Dr. Fr. Jamin.

Über Anfälle genuiner Epilepsie mit Erregungszuständen im frühen Kindesalter.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen

vorgelegt von

Oskar Wunder
aus Erlangen

Tag der mündlichen Prüfung: 26. Januar 1938.

Buchdruckerei M. Krahl, Erlangen-Bruck
1938

1938/66

Dekan: Professor Dr. med. Richard Greving.
Referent: Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. med. Fr. Jamin.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet!

Am 5. 12. 1936 wurde die $5^1/_2$jährige Tochter eines Landwirtes aus einem größeren fränkischen Dorf zur klinischen Beobachtung in die Universitätsklinik Erlangen gebracht.

Der Hausarzt veranlaßte die klinische Beobachtung des Kindes, weil es eines Tages plötzlich nach vorheriger völliger Gesundheit an Erregungszuständen erkrankte, die täglich heftiger wurden und auf keine Therapie ansprachen. Das Kind war bis jetzt immer zu Hause bei den Eltern, zusammen mit seinen Geschwistern. Die Familienverhältnisse sind anscheinend geordnet. Die Wohnung ist den Verhältnissen auf dem Lande entsprechend.

Der Vater des Kindes ist 48 Jahre alt. Er ist von Beruf Landwirt. Der Mann ist von auffallend kleinem Wuchs. Seinem Körperbau nach ist er als dysplastischer Spezialtypus (nach Kretschmer) zu bezeichnen. Es ist bei ihm einerseits eine Komponente vom asthenischen, andererseits vom athletischen Typus vorhanden. Er hinkt auf dem linken Bein. In seiner Jugend hätte er schweren Gelenkrheumatismus gehabt, seit dieser Erkrankung sei der Gang hinkend. Sonst ist der Vater nie krank gewesen. Psychisch macht der Mann den Eindruck eines Psychopathen.

Die Mutter des Kindes ist 43 Jahre alt. Ihrem Körperbau nach ist sie eine Asthenikerin. Als Kind hatte sie eine Augenerkrankung. Ihre Schilderung der Krankheit läßt auf eine Keratitis perenchymatosa schließen. Am Ende einer Schwangerschaft hatte die Frau einen Abortus. Vor einigen Monaten bekam sie am rechten Handgelenk eine Verdickung unter der Haut. Dieselbe entstand ganz allmählich und wurde im Laufe der Zeit immer größer, machte der Frau jedoch keinerlei Beschwerden. Die Kon-

sistenz der Verdickung war von mäßig weicher Beschaffenheit. Vor einigen Monaten suchte die Frau ein Krankenhaus auf, um sich die Verdickung an der rechten Hand operativ entfernen zu lassen. Die pathologisch-anatomische Untersuchung des Präparats ergab: glattwandige Cyste, von Fascien ausgehend, mit Langerhans'schen Riesenzellen durchsetzt. Bereits 4 Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bildete sich wieder eine neue Verdickung an der gleichen Stelle des Vorderarms, mit den gleichen klinischen Erscheinungen, wie es das erste Mal der Fall war.

Die Großmutter des Kindes väterlicherseits lebt, sie ist 76 Jahre alt. Diese Frau ist ebenfalls von asthenischen Typus. Sie hatte 4 Kinder, 3 Söhne und eine Tochter und hatte zwei Mal einen Abortus.

Der Großvater väterlicherseits starb mit 76 Jahren angeblich an Rheumatismus.

Die Großmutter mütterlicherseits ist mit 56 Jahren gestorben. Eine genauere Todesursache kann nicht angegeben werden.

Mütterlicherseits ist der Großvater des Kindes nicht bekannt.

Das Kind selbst hat noch zwei lebende Geschwister: einen Bruder mit 5 Jahren und eine Schwester mit 13 Jahren. Nach Angabe der Eltern wären beide Kinder noch nie ernstlich krank gewesen.

Ein Bruder starb mit 10 Monaten. Das Kind soll bereits in den ersten Lebensmonaten einen Ausschlag bekommen haben, der schließlich auch zum Tode des Kindes geführt haben soll.

Ein weiterer Bruder des Kindes starb mit 9 Wochen, angeblich an einer Grippe.

Nach diesen Aufzeichnungen aus der Familie des Kindes soll nun die Anamnese des Kindes selbst näher beschrieben werden.

Die Geburt des Kindes war normal. Es war ausgetragen und reif. Das Kind wurde drei Wochen von der Mutter gestillt. Von diesem Zeitpunkt ab bestand die

Nahrung aus Halbmilch, Gemüse usw. Mit 7 bis 8 Monaten bekam es die ersten Zähne. Das Laufen begann das Kind mit einem Jahr. Die geistige Entwicklung des Kindes sei nach Angabe der Mutter gut vorwärts gegangen. Die üblichen Kinderkrankheiten befielen das Kind nicht. Die Mutter gibt an, daß das Kind in den ersten Lebensmonaten auch eine Augenkrankheit gehabt hätte, der sie aber keine besondere Beachtung widmete, da die Erkrankung von selbst zur Heilung kam. Schnupfen sei die einzige Krankheit gewesen, an der das Kind ab und zu litt.

Eine genauere Beschreibung der familiären Verhältnisse und der jetzigen Krankheit des Kindes konnte von der Großmutter des Kindes, als sie ihr Enkelkind 2 Tage nach der Einlieferung in die Universitäts-Kinderklinik besuchte, in Erfahrung gebracht werden: „Das Kind hat 2 Geschwister, Berta mit 11 Jahren und Karl mit 4 Jahren. Bis vorigen Herbst (1935) haben Frieda (das jetzt erkrankte Kind) und ihr Bruder Karl bei den Eltern geschlafen. Später wurde sie zu ihrer Schwester gelegt. Frieda war von jeher eifersüchtig auf Karl. Als jedoch das Kind krank wurde, kam es wieder in das Bett der Mutter. Letztere habe das Kind wenig geschlagen, der Vater mehr, sogar mit dem Fliegenpatscher. In seinem Jähzorn ging er sogar so weit, das Kind über den Kopf zu schlagen. Die Mutter drohte dem Kind des öfteren, daß sie es zur Strafe in den Keller sperren wolle. Sie hat diesen Vorsatz jedoch nie ausgeführt. In der letzten Nacht vor der Einlieferung in die Klinik hat das Kind heftig getobt. Als es nach einigen Stunden munter wurde, wollte es unbedingt fortlaufen und nur nach großem Zureden gelang es den Eltern, das Kind zu halten. Hierauf schlief Frieda einige Stunden, begann aber um 8 Uhr morgens abermals heftig zu toben".

Die Mutter des Kindes macht über das erste Auftreten der Erkrankung folgende Angaben:

Im November 1936, ungefähr drei Wochen vor der Klinikaufnahme, erkrankte das Kind ganz plötzlich. Es

hatte zusammen mit seinen Eltern und seinen Geschwistern beim Mittagessen gesessen, als es plötzlich vom Tisch wegging, sich auf eine Bank legte und am ganzen Körper zu zittern begann. Nach einigen Augenblicken verfärbte sich das Kind am ganzen Körper leicht bläulich, besonders aber im Gesicht. Schließlich trat, unter heftigsten Zukkungen am ganzen Körper, Schaum vor den Mund. Das Kind war nicht mehr anzusprechen, es war vollkommen bewußtlos. Schließlich ließ es Stuhl und Urin unter sich. Dieser Anfall dauerte ungefähr 3 bis 4 Minuten. Darnach wäre das Kind wieder völlig normal gewesen. Die Eltern konnten feststellen, als sich nach 3 Tagen ein gleicher Anfall wiederholte, daß das Kind mit jedem Anfall unartiger, eigenwilliger und störrischer wurde. Diese geschilderten Anfälle traten regelmäßig alle 3 bis 4 Tage auf, ohne besondere vorherige Anzeichen. Nachdem das Kind mit jedem Anfall ungehaltener wurde, ließen die Eltern den Arzt kommen.

Der Hausarzt hielt die Erkrankung des Kindes anfangs für eine Spasmophilie bezw. Tetanie. Da jedoch unter der üblichen Therapie keine Besserung des Krankheitszustandes eintrat, veranlaßte der Arzt die Klinikaufnahme.

Befund bei der Klinikaufnahme am 5. 12. 1936. Das Kind ist am 26. Juli 1931 geboren, bei seiner Aufnahme in die Klinik stand es also im Alter von 5 Jahren und 4 Monaten. Während eine kurze Anamnese des Kindes gemacht wurde, war das Kind sehr stark erregt und schrie immer „der will mich in den Keller sperren". Es klammerte sich fest an seine Mutter, war durch nichts zu beruhigen und sah niemand an.

Am nächsten Tag nach der Klinikaufnahme, nachdem sich das Kind etwas beruhigt hatte, konnte folgender Status gemacht werden:

$5^1/_2$ jähriges Kind, weiblichen Geschlechts, in gutem Ernährungs- und Kräftezustand, von asthenischem Körperbau. Das Kind macht einen sehr verstörten, schüchternen Eindruck.

Der Gang ist sehr unsicher, es droht nach rückwärts zu fallen. Jegliche Bewegung der Gliedmaßen ist unsicher, z. B. Handgeben.

Körperlänge 107 cm, Körpergewicht 18,5 kg.

Es besteht also dem Alter nach ein Plus von 0,7 kg und der Länge nach ein Minus von 0,5 kg (nach Pirquet). Der Kopf ist dem Alter entsprechend groß. Umfang 30,5 cm, Rundkopf. Die Schädelknochen sind gut configuriert, Nähte verwachsen. Die Schädelknochen sind hart. Profil des Kopfes: ganz leicht angedeutete Sattelnase. Die Gesichtsfarbe ist blaß, mit leicht geröteten Wangen. Die Augen sehen meist ins Leere. Die Farbe der Iris ist graugrün. Die beiden Bulbi stehen etwas convergent zu einander, werden aber gut bewegt. Die Pupillen sind mittelweit, rechts etwas größer als links und reagieren träge auf Lichteinfall und Convergenz. Die Spiegelung des Augenhintergrundes ergibt beiderseits keinen krankhaften Befund. Die Lidreflexe sind beiderseits sehr lebhaft. Es besteht leichter Nystagmus. Beide Ohrmuscheln sind normal entwickelt. Der Mund ist normal. Die Mundschleimhaut ist gut durchblutet. Das Gaumendach ist etwas hoch und schmal. Die Milchzähne sind kurz, die oberen am Rande etwas verkümmert, teilweise leicht gezähnelt. Die unteren Prämolaren sind beiderseits kariös. 6 Jahrmolaren fehlen noch. Die Zunge ist leicht belegt, sie wird etwas unsicher herausgestreckt. Die Tonsillen sind nicht gerötet, nicht vergrößert und nicht zerklüftet.

Der Hals ist normal configuriert, von den Schultern gut abgesetzt. Die Schilddrüse ist nicht vergrößert. Am Unterkiefer und Hals sind keine Drüsen zu tasten.

Der Brustkorb ist ebenmäßig gebaut. Brustumfang 59,5 cm. Die linke Mamille ist wesentlich kleiner als die rechte und auch flacher. Es besteht seitengleiche Atmung.

Die Grenzen der Lunge sind in normaler Höhe und gut verschieblich. Es ist kein Klopfschallunterschied vorhanden. Ueber die ganze Lunge hört man normales Bläschenatmen.

Das Herz ist perkutorisch nicht verbreitert. Die Töne

sind leise, aber rein. Leichte respitatorische Arythmie. Der Radialispuls ist gut gefüllt, Frequenz 90 in der Minute. Der Blutdruck beträgt 80/45 mm Hg.

Der Leib ist normal gebaut. Bauchumfang 53,55 cm. Es sind fettreiche Bauchdecken vorhanden. Der Leib ist weich und gut eindrückbar. Der Nabel ist gut verheilt. An Leber und Milz kann kein krankhafter Befund erhoben werden.

Die Gliedmaßen sind in allen Gelenken frei beweglich. Ueber die Gliedmaßen sind mehrere reizlos geheilte Narben verteilt. Die Glieder sind von kräftigem Knochenbau. Guter Muskeltonus. An beiden Händen sind die Endphalangen etwas kolbig verdickt. Die Akren sind warm. Beide Beine stehen in leichter X-Beinstellung. An beiden Füssen ist ein leichter Hohlfuß angedeutet. Die Großzehen sind beiderseits etwas verkürzt, leichte Andeutung von Hammerzehen.

Die Wirbelsäule ist gerade. Es besteht kein Stauchungs- oder Klopfschmerz. Der Gang ist wie schon erwähnt, unsicher. Das Kind droht nach hinten zu fallen.

Nervensystem:

Es besteht kein Dermographismus der Haut. Das Facialisphänomen ist stark positiv. Der Vorderarmperiostreflex kann nicht ausgelöst werden. Der Kniescheibenreflex ist beiderseits schwach auslösbar. Der Reflex der Achillessehne ist rechts schwach positiv, links nicht auszulösen. Das Peroneusphänomen ist beiderseits positiv, aber links schwächer als rechts. Es besteht kein Babinski. Die Bauchdeckenreflexe sind schwach auslösbar. Blasen- und Darmentleerung sind unbeherrscht.

Die Röntgenaufnahme des Schädels ergab keinen pathologischen Befund.

Temperatur: 36,9 Grad Celsius
Urinbefund: Eiweiß negativ.
Zucker negativ
Urobilinogen negativ.

Im Sediment sind vereinzelte Leucocyten und Blasenepithelien.

Blutbild:

Hb.: 90%
Erythrocyten: 4130000
Leucocyten: 6400
Eosinophile: 6,7%
Mastzellen: 1%
Monocyten: 6,7%
A Lymphocyten: 41%
B Lymphocyten: 7,3%
Stabkernige: 14%
Segmentkernige: 23,3%
F. J. 1,1

Der Gesamteindruck des Kindes bei der Klinikaufnahme ist folgender:

Es handelt sich um ein leicht erregbares, stark exaltiertes Landkind. Die geistige Entwicklung des Kindes ist dem Alter entsprechend zurückgeblieben.

Wollen wir das Kind nun weiter beobachten. Bereits in der ersten Nacht nach der Klinikaufnahme bekommt das Kind einen Anfall:

Das Kind schreit sehr laut, stößt schrille Schreie aus schlägt mit Händen und Füßen um sich. Es kann durch nichts beruhigt werden. Langsam verfällt es in einen cyanotischen Zustand, es tritt schließlich Schaum vor den Mund, das Kind wird dann langsam ruhiger. Es ist nicht ansprechbar. Es muß dem Kind 1 ccm Luminal injiziert werden, ferner muß es in ein großes Tuch gewickelt werden und bekommt kalte Stirn- und Wadenwickel. Nach einiger Zeit kommt das Kind zur Ruhe, es ist erschöpft. Am nächsten Tag schläft das Kind den ganzen Vormittag. Es macht noch einen stark erschöpften Eindruck. Zum Einnehmen der Mahlzeiten muß das Kind geweckt werden, es ißt hastig aber viel; schläft aber dann sofort wieder ein. Gegen Abend des gleichen Tages, nachdem anscheinend die Wirkung des Luminals abgeklungen ist, wird das Kind plötzlich wieder unruhig und fängt an zu schreien. Es macht einen sehr ängstlichen Eindruck. Das Kind ruft nach seiner Mutter und hält die Hände abwehrend von sich.

Es spricht unzusammenhängende Sätze, verfällt in einen ausgesprochenen Angstzustand, es sieht anscheinend auch Gestalten vor sich, es ruft u. a.: „Der Kerl will mich mitnehmen".

Nur unter täglichen Luminalinjektionen bleibt das Kind anfallsfrei. Die Mahlzeiten nimmt es immer ohne Widerwillen ein. Es entwickelt einen sehr guten Appetit. Stuhl und Blasenentleerung sind vollkommen unbeherrscht. Das Kind schläft morgens sehr lange. Am 6. Tage nach der Klinikaufnahme, mittags gegen 13 Uhr, bei der Visite, konnte folgender Befund erhoben werden:

Das Kind liegt in Seitenlage im Bett. Der Kopf hängt leicht nach vorne, der Mund ist geöffnet. Die Gesichtsmimik ist etwas starr. Nach Aufforderung gibt das Kind eine Hand, jedoch sehr unbeholfen. Diese Bewegung wiederholt es dann spontan. Es schlägt immer wieder krättig, aber unbeholfen, in die ihm entgegengestreckte Hand. Das Kind macht sonst einen benommenen Eindruck. Außer Bett ist das Kind sehr schwach, der Gang ist taumelnd, es kann nicht allein stehen, muß gehalten werden. Der Puls ist regelmäßig, verhältnismäßig langsam. Die Herztöne sind rein. Die Pupillen sind mittelweit, die Bulbi stehen etwas convergent zueinander, werden jedoch gut bewegt. Die Pupillen reagieren noch etwas träge auf Lichteinfall. Es besteht ein leichter Nystagmus und beiderseits sehr lebhafter Lidreflex. Das Kind perseveriert alle Bewegungen und greift mit den Händen etwas athetotisch um sich.

In den nächsten Tagen wird das Kind allmählich ruhiger, bis jetzt bekam es tgl. 3 mal 0,1 Luminal i. m. Von nun an nur noch zweimal 1 Teelöffel Brosedan. Außer Luminal bezw. Brosedan bekommt das Kind noch Vitamin B in Form von Levurinose und Calzium. Die Kost setzt sich aus salzfreier Gemüsekost und reichlich Obst zusammen.

Zur Sicherung der Diagnose wird am 12. 12. 1936 eine Occipital- und Lumbalpunktion vorgenommen. Der Liquor ist klar, steht unter normalem Druck. Die bakte-

riologische Untersuchung des Liquors ergab, am 14. 12. 1936 einen negativen Befund.

Wollen wir nun das Kind weiterhin beobachten. Es ist allmählich ruhiger geworden, in seinem Bett klettert es herum, möchte immer aus dem Bett, ab und zu schreit es noch nach der Mutter.

Ein großes Hungerbedürfnis ist bei dem Kinde sehr auffällig. Bei den Hauptmahlzeiten ißt es immer das Doppelte von dem, was die anderen Kinder essen, aber nicht nur um etwas Besonderes zu tun, sondern aus seinem Hungergefühl heraus. Das Kind darf nun aufstehen es spielt mit den anderen Kindern, es blättert z. B. in einem Bilderbuch und erkennt mit einigen Ausnahmen die Bilder des Buches. Farben werden von dem Kind nicht erkannt. Während des Spiels hält das Kind plötzlich inne, es blickt ins Leere, nach einiger Zeit spielt es dann wieder weiter. Mit jedem Tag wird das Kind nun ruhiger, es schläft ohne Widerwillen. Wenn es außer Bett ist möchte es immer eine Beschäftigung haben. Den anderen Kindern befiehlt es gerne, besonders den Jungen, es schlägt auch gerne zu.

Drei Wochen nach der Klinikaufnahme ist nun bei dem Kind kein Anfall mehr aufgetreten. Am Tage der Entlassung kann kein krankhafter Befund mehr erhoben werden. Auch der Nervenstatus ist als normal zu bezeichnen. Das Kind hat während des Klinikaufenthaltes 1100 gr an Körpergewicht zugenommen.

Am 6. 1. 1937 wurde das Kind aus der Klinik entlassen. Ungefähr nach 11 Monaten wurde erneut Rücksprache mit den Eltern des Kindes genommen. Sie äußerten sich dahingehend, daß bereits einige Wochen nach der Entlassung die alte, eigensinnige und störrische Wesensart des Kindes wieder in Erscheinung trat. Anfälle, wie sie vor seiner Aufnahme in die Klinik und während seines dortigen Aufenthaltes auftraten, konnten nicht mehr beobachtet werden. Das Kind besucht den Kindergarten seines Heimatdorfes, möchte sich dort gerne durch befehlen der anderen Kinder etwas hervortun, doch sei nichts

Auffälliges an seinem sonstigen Benehmen zu bemerken. Zuhause dagegen falle es oft wieder in sein störrisches Wesensgepräge zurück, was Vater und Mutter sehr beklagen. Selbst nachts zeige sich des öfteren seine große Ruhelosigkeit, es werde wach mit lautem Schreien, anscheinend durch beängstigende Träume erschreckt und geweckt. Sein starker Appetit hält seit der Entlassung aus der Klinik stetig an, es hätte auch in der geistigen Entwicklung sichtliche Fortschritte gemacht. Dem Besucher gegenüber ist das Kind jedoch sehr zurückweisend, ängstlich, es scheint in dem Besucher seinen Arzt zwar wieder zu erkennen, läßt sich aber in keine Unterhaltung mit ihm ein und versteckt sich wie bei seiner damaligen Aufnahme in die Universitätskinderklinik hinter seine Mutter und klammert sich fest an sie. Bei einem Besuch nach weiteren 14 Tagen wurde das Kind mit seiner Schwester spielend angetroffen. Es war diesmal zugänglicher und gesprächiger.

Nachdem nun das Krankheitsbild und der Verlauf der Krankheit unseres Kindes beschrieben worden ist, soll zunächst die Krankheitsabgrenzung unseres Falles erörtert werden. Die beschriebenen Anfälle des Kindes, die immer wieder in der gleichen Weise auftraten, mit den gleichen Symptomen lassen wohl die Diagnose: Krampfanfälle mit heftiger Gemütserregung rechtfertigen. Die weitere Aufgabe soll nun sein, die Veranlassung dieses Krankheitsbildes zu klären.

Wollen wir nochmals auf die Familie des Kindes zurückgreifen. Die Anamnese der Großeltern des Kindes gibt keine präzisen Anhaltspunkte über die Erkrankung des Kindes.

Nun zu den Eltern:

Die Anamnese der Mutter zeigt verschiedene Erkrankungen, die wiederum einen Teil zur Erkrankung des Kindes beigetragen haben können, so:

1. eine Augenkrankheit in der frühesten Jugend, höchstwahrscheinlich handelte es sich damals um eine Keratitis parenchymatosa.

2. Ein Abortus am Ende einer Schwangerschaft, was wiederum an eine luetische Erkrankung denken läßt.
3. Eine eigenartige Verdickung an der Hand, deren Entstehung und klinische Erscheinung die Diagnose Gumma nicht ausschließen kann.

Allerdings ergab bei der Mutter der Blutwassermann keinen einwandfreien positiven Befund. Einen weiteren Anhaltspunkt für eine luetische Erkrankung der Mutter gibt schließlich die Todesursache zweier ihrer Kinder.

Ein Knabe starb, wie schon erwähnt, mit 10 Monaten an einem Hautausschlag, der gleich nach der Geburt des Kindes in Erscheinung getreten sein soll. Kann es sich hier nicht auch um eine luetische Erkrankung auf Grund einer congenitalen Lues handeln?

Ein weiterer Knabe der Mutter starb mit neun Wochen an einer hartnäckigen Grippe, nach Angabe der Mutter. Auch in diesem Fall ist eine luetische Erkrankung, an die sogenannte Pneumonia alba, zu denken.

Daß der Vater der Mutter nicht bekannt ist, soll ebenfalls nochmals erwähnt werden, denn durch diesen Umstand blieb in der Familienuntersuchung eine wesentliche Lücke, die vielleicht vieles aufgeklärt hätte.

Nun nochmals zu dem Vater des Kindes: Er ist, wie schon angeführt, von kleinem Wuchs und von ausgesprochen dysplastischen Typus. Nach längerer Unterhaltung mit diesem Manne muß man unwillkürlich, ohne irgendwie voreingenommen zu sein, den Eindruck eines Psychopathen von ihm bekommen.

Der Großvater mütterlicherseits des Kindes ist, wie schon angeführt, unbekannt.

Die weitere Familienanamnese gibt keine wesentlichen Anhaltspunkte für die Erkrankung des Kindes.

Aus diesen Ausführungen können wir zusammenfassend feststellen, daß zwei Komponenten richtunggebend für das Krankheitsbild des Kindes sind:

1. Der starke Verdacht einer luetischen Erkrankung der Mutter.

2. Der dysplastische Typus des Vaters mit Einschlag ins Psychopathische.

Diese beiden Abstammungsfaktoren waren zweifelsohne in der Formung der ganzen Konstitution des Kindes maßgebend gewesen: auf der einen, väterlichen Seite, eine innere, psychogene, neurapathische Veranlagung, auf der anderen Seite eine äußere, die Möglichkeit luetischer Keimschädigung.

Unter diesen Einflüssen der Veranlagung haben die seelischen Einwirkungen, Strafen bezw. Bedrohungen durch den psychopathischen Vater, vielleicht auch andere Schreckerlebnisse, eine krankhafte Reaktion bei dem Kinde schon im frühen Alter in Form der Erregungs- und Krampfzustände ausgelöst. Diese sind als epileptische Erscheinungsformen zu betrachten. Eigenartig war die Ueberlagerung durch hochgradige, schreckhafte und auch angriffslustige Erregungserscheinungen.

Betrachten wir nochmals das ganze Krankheitsbild des Kindes, so kommen wir schließlich zu der Diagnose:

Genuine Epilepsie im frühen Kindesalter.

Zur Bekräftigung dieser Diagnose seien noch die typischen Phasen der genuinen Epilepsie angeführt:

1. die Aura,
2. die tonische Phase,
3. die klonische Phase,
4. der postparoxysmale Schlaf.

Bei dem Kinde traten diese vier Phasen mit folgenden Symptomen in Erscheinung:

1. Die Aura äußerte sich in einem inneren Angstgefühl und mit Unruhe.
2. Die tonische Phase begann mit langsamen Zittern, schließlich konnte das Kind nicht mehr auf den Beinen stehen.
3. Die klonische Phase zeigte sich in den ruckartigen Bewegungen des ganzen Körpers. Während dieser Phase hat auch das Kind Stuhl und Urin unwillkürlich entleert. Es trat Schaum vor den Mund. Cyanose mit schnaubender Atmung setzt ein. Die Pu-

pillen reagieren träge. Es bestand auch ein Hauptsymptom des epileptischen Anfalls die unbedingte Bewußtlosigkeit.

4. Auch die vierte Phase, der postparoxysmale Schlaf trat regelmäßig ein, das Kind war nach jedem Anfall sehr geschwächt und schlief ausgiebig.

Ein weiteres, sehr charakteristisches Zeichen der genuinen Epilepsie, die sog. Absenz oder Petit mal, trat bei dem Kind ebenfalls in Erscheinung. Es sei nur daran erinnert, daß es oft während des Spiels innehielt und dann plötzlich ins Leere schaute, um nach einigen Augenblicken sein Spiel wieder fortzusetzen.

Die obigen Ausführungen haben nun die Diagnose: genuine Epilepsie im frühem Kindesalter bestätigt. Wie ist nun die Aetiologie dieses Krankheitsbildes und was ist die auslösende Ursache?

Wie oben schon erwähnt, sind für das Kind 2 Faktoren, aller Wahrscheinlichkeit nach, richtunggebend gewesen die angenommene frühere luetische Erkrankung der Mutter und die psychopatische Komponente vom Vater. Schließlich ist auch noch eine unbekannte Komponente vom Großvater mütterlicherseits in Erwägung zu ziehen, die auf die ganze Konstitution des Kindes Einfluß gehabt haben mag.

Es ist ebenfalls bereits beobachtet worden, daß luetische Mütter epileptisch veranlagte Kinder geboren haben.

Und nun noch das Erbgut vom Vater, das für die Konstitution des Kindes maßgebend gewesen sein soll. Mauz, Marburg, macht in seiner Schrift „Die Veranlagung zu Krampfanfällen“ über Epileptiker folgende Angaben: Der Epileptiker ist mürrisch, verstimmt, reizbar, rechthaberisch eigensinnig, widerspenstig und oft sehr schwierig zu behandeln. All diese Eigenschaften traten bei dem Kinde mehr oder weniger in Erscheinung. Diese Eigenschaften sind zweifelsohne Erbgut des Kindes von dem psychopathischen Vater. Mauz führt weitere Faktoren an, die oft bei Epileptikern in Erscheinung treten: Dysplasien und sonstige endokrine Minderwertigkeiten. Auch diese

Zeichen sind mehr oder weniger bei dem Vater des Kindes vorhanden und somit wieder Erbgut für das Kind.

Worin ist nun die auslösende Ursache der Anfälle zu erblicken?

Sicherlich haben hier mehrere Faktoren zusammengespielt. Auf das Kind kann irgendein Schreckerlebnis eingewirkt haben, das unbekannt geblieben ist oder vorenthalten wurde, es sei nur an die Ausführungen der Großmutter erinnert. Drohungen und Bestrafungen der Eltern wirken sicher bei einem derartig labilen Kinde doppelt so stark auf die Psyche ein, wie bei einem normalen Kinde.

Ein letzter Faktor wäre schließlich noch in einer gewissen Mangelernährung des Kindes zu erblicken. Es soll beobachtet worden sein, daß schlechte Ernährung eigenartige Erregungszustände auslösen kann. Diese Beobachtung soll während des Krieges gemacht worden sein. Worin lag nun das eigenartige Wesen dieses geschilderten Krankheitsbildes? Das Kind war in den Anfällen maßlos erregt, die starke Affekterregbarkeit trat immer wieder in den Vordergrund. Wie der Epileptiker in seinen anfallsfreien Zeiten meistens für seine Umwelt durch charakterliche Veränderungen auffällt, blieb gerade bei diesem Kind, auch nach den Anfällen und in der Zwischenzeit, eine Charakterveränderung im Sinne einer Reizbarkeit, eines störrischen und eigensinnigen Wesens bemerkenswert. Diese psychische Veränderung des Kindes ist kennzeichnend für Epilepsie.

Wie steht es nun mit der Voraussage dieses Krankheitsbildes?

Es besteht natürlich die Möglichkeit, daß diese erste Anfallsreihe die einzige bleibt, wenn

1. für eine ausreichende Ernährung Sorge getragen wird. Besonders muß eine richtige Ernährung mit Vitamin B eingehalten werden, denn gerade diese Aufbaustoffe des Körpers scheinen bei der Ernährung des Kindes wenig oder gar nicht vorhanden gewesen zu sein, was aus der Wirkung nach der

Verabreichung von Vitamin B deutlich hervorging; es bestand wohl eine Avitaminose.

2. für eine zeitweise Behandlung des Kindes Sorge getragen wird, besonders, wenn sich sein Zustand wieder verschlimmern sollte. Dann wäre salzlose Kost Verabreichung von Luminal und Brom angezeigt.
3. Der Erziehung des Kindes ganz besondere Liebe gewidmet wird. Mit großer Geduld muß ein derartig veranlagtes Kind behandelt werden. Strafen und Drohungen wirken nur verschlechternd auf ein solches Kind. Andererseits ist es möglich, daß die Anfälle mit dieser einzigen Anfallsreihe nicht beendigt sind, vielmehr weitere Anfallsreihen mit psychischen Störungen oder auch nur kleinere Abwesenheitsanfälle in Erscheinung treten können. Es besteht auch die Möglichkeit, daß sich der Zustand des Kindes erst nach der Pupertät entscheidend zum Guten oder zum Schlimmen ändert, denn gerade diese Entwicklungsperiode geht oft mit sehr schweren Umwälzungen der ganzen Persönlichkeit und mit psychischen Störungen einher. Es kann sich die Verfassung des Kindes auch so sehr noch verschlimmern, daß es in einer Anstalt untergebracht werden muß.

Eine Anzeige an das Gesundheitsamt zwecks späterer Unfruchtbarmachung darf nicht unterlassen werden. Denn mit großer Wahrscheinlichkeit muß angenommen werden, daß eine vererbbare epileptische Anlage vorhanden ist, die vom Vater vererbt ist und somit wieder weiter vererbt werden könnte.

Zum Schluß bleibt noch die Frage offen, die jetzt allerdings noch nicht restlos beantwortet werden kann, sondern erst durch die spätere Beobachtung des Kindes geklärt werden muß:

Handelt es sich bei dem Kinde nur um eine übermäßige Gemütserregung mit Krampfanfällen, bei psychopathischer Veranlagung, unter dem Einfluß a) einer Lues, b) eines Schreckerlebnisses c) einer mangelhaften Ernährung? Oder besteht eine wirklich echte Epilepsie, unter

Mitwirkung einer Keimschädigung, die durch die angenommene Lues der Mutter bedingt ist, mit einem wesentlichen Anlagefehler, der von dem psychopathischen Vater mit seinem dysplastischen Erbgut ausgeht. Diese ererbte Epilepsie könnte wiederum durch den Hungerzustand und irgendwelche Schreckerlebnisse ausgelöst worden sein. Es darf wohl angenommen werden, daß letzteres wahrscheinlicher ist, weil vorerst die epileptische Eigenart in der Persönlichkeit des Kindes verblieben ist.

Es ist mir ein Bedürfnis, Herrn Geheimrat Professor Dr. Friedrich Jamin an dieser Stelle für die freundliche Ueberlassung der Arbeit meinen Dank auszusprechen.

Literatur.

Kretschmer, Ernst: Körperbau und Charakter. Verlag Jul. Springer Berlin 1936. 11./12. Aufl. S. 69ff.

Mauz, Friedrich: Die Veranlagung zu Krampfanfällen. Verlag Georg Thieme Leipzig 1937 S. 34/35.

Keller, Arthur: Kind und Umwelt, Anlage und Erziehung. Verlag Franz Deuticke Leipzig und Wien 1930, S. 50/60.

Lebenslauf.

Am 10. Mai 1911 wurde ich, Oskar Wunder, als Sohn des Schneiders Martin Wunder in Erlangen geboren. Ich bin arischer Abstammung und evangelischer Konfession. Mit 6 Jahren kam ich in die Volkshauptschule zu Erlangen, nach vier Jahren trat ich in die Oberrealschule Erlangen über. Im März 1931 bekam ich an dieser Anstalt das Zeugnis der Reife. Vom Jahre 1931 bis 1936 widmete ich mich dem medizinischen Studium an den Universitäten Erlangen und Breslau und bestand nach 11 Semestern am 2. Dezember 1936 an der Universität Erlangen die ärztliche Prüfung. Im Monat Dezember 1936 war ich als Medizinalpraktikant an der Universitätskinderklinik Erlangen tätig. Während der Monate Januar und Februar 1937 machte ich eine achtwöchentliche Uebung bei der Wehrmacht. Von März 1937 mit Januar 1938 war ich dann wieder am Städtischen Krankenhaus Amberg als Medizinalpraktikant tätig.